

Maciej Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

Radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na tworzeniu znaczeń. Część I – strategie ponownej oceny choroby

Meaning-making focused coping with illness.
Part I – reappraisal of illness strategies

STRESZCZENIE

Poważna i przewlekła choroba jest dla pacjenta źródłem wielu stresorów. Zrewidowany Model Transakcyjnej Teorii Stresu i Radzenia Sobie zakłada, że dostrzeżenie przez człowieka rozbieżności pomiędzy oceną choroby a posiadanymi przekonaniami i celami życiowymi może wywoływać stres i kryzys emocjonalny. Usunięciu dysonansu służy radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczeń.

Praca ma charakter poglądowy i zawiera charakterystykę radzenia sobie polegającego na tworzeniu znaczeń choroby. Jest to czwarta funkcja radzenia sobie, odrębna od funkcji instrumentalnej, samokontroli emocjonalnej i unikania. W artykule przedstawiono przesłanki, które leżą u podstaw wyodrębnienia wspomnianej funkcji, a także omówiono jej zasadnicze cele: redukcję dysonansu powodującego stres oraz wzbudzanie emocji pozytywnych. Scharakteryzowano strategie radzenia sobie skoncentrowanego na tworzeniu znaczeń, których materiałem są informacje bieżące, związane z oceną przez pacjenta choroby i przebiegu leczenia.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 528–532

Słowa kluczowe: choroba; stres; radzenie sobie; zdarzenia zmieniające linię życia

ABSTRACT

Serious illness has a lot of stressors. Revised Transactional Stress and Coping Model proposes that patient's cognitions of discrepancies between their appraised meaning of illness and their assumptions and lives goals may produce psychological stress and emotional crisis. To reduce the discrepancy serves meaning-making focused coping.

The article has an illustrative character, and characterizes coping strategy, which function is making meaning of illness. This is a fourth function of coping, different from instrumental coping, emotional coping and withdraw. In the article presumptions to distinct the function and the fundamental goals of coping were showed: to reduce dissonance produce stress and to generate positive emotions. In the article those strategies of meaning-making focused coping were characterized, which materials are current information connected with patient's appraisal of illness and treatment.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 528–532

Key words: disease; emotional stress; adaptive coping behavior; life change events

Wstęp

W numerze 2/2014 „Problemów Pielęgniarstwa” ukazał się artykuł będący doniesieniem z badań poświęconych zagadnieniu radzenia sobie pacjenta ze stresem wywołanym poważną chorobą za pomocą strategii tworzenia

znaczeń [1]. Obecny artykuł powraca do wspomnianej problematyki. Na kolejnych stronach przedstawiono założenia teoretyczne funkcji radzenia sobie skoncentrowanego na tworzeniu znaczeń oraz opisano pierwszą grupę strategii służących zmianie w rozumieniu choroby.

Adres do korespondencji: dr. n. hum. Maciej Załuski, Wydział Nauk o Zdrowiu, UJCM, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: 609 845 542, e-mail: mzałuski@cm-uj.krakow.pl

Rozumienie przez człowieka sytuacji psychologicznie trudnych i służące temu strategie są tematem prac badawczych i koncepcyjnych Susan Folkman i Crystal Park przedstawionych w postaci Modelu Uogólnionego i Sytuacyjnego Rozumienia [2, 3] oraz Zrewidowanego Modelu Poznawczej Teorii Stresu i Radzenia Sobie [2, 4, 5]. Autorki założyły, co następuje:

1. Każdy człowiek w toku swojego życia gromadzi informacje budujące fragment jego osobistej wiedzy. To uporządkowana, stabilna, a zarazem elastyczna rama będąca punktem odniesienia dla informacji pojawiających się w toku życia. Przeciwnostawność lub sprzeczność danych zawartych w sytuacji i w wiedzy rodzi u człowieka dysonans. Towarzyszące mu napięcie i negatywne emocje pobudzają do usunięcia niezgodności. Według Susan Folkman i Crystal Park stres występujący u pacjenta może być efektem rozbieżności pomiędzy informacjami pochodzącymi z początkowej oceny choroby a obecnymi w wiedzy pod postacią przekonań, celów i priorytetów życiowych.
2. W przebiegu życia człowiek napotyka stresory, których usunięcie jest problematyczne lub całkowicie niemożliwe. Występują w sytuacjach nieodwracalnej utraty lub zagrożenia utratą istotnych dla człowieka wartości: zdrowie i życie, wolność wyboru, skuteczność, bezpieczeństwo. W wypadku zachorowania stresorem jest również obciążenie emocjonalne wywołane sytuacją zagrożenia życia i zdrowia, obcowanie ze zdarzeniami zaskakującymi, niepewnymi i ograniczającymi perspektywę na przyszłość, naruszającymi poczucie tożsamości osobowej oraz ciągłości i sensu życia, a także wiele codziennych stresorów o mniejszej urazowości.
3. Pacjent, podejmując długotrwałe leczenie lub rehabilitację, musi odciążać się z towarzyszących mu negatywnych emocji, a zarazem podtrzymywać w sobie motywację wzbudzając emocje pozytywne. Nie jest w stanie wyłącznie dystansować się wobec zmienionej sytuacji, stosując strategie unikania lub samokontroli emocjonalnej. Tak samo przedwczesne i wyłączone stosowanie instrumentalnych strategii radzenia sobie z chorobą, któremu nie towarzyszą działania obniżające poziom napięcia i negatywnych emocji może obniżyć sprawność działania, a nawet całkowitą utratę w wyniku przeciążenia. W niektórych wypadkach źródło stresu wypływa z wewnętrznego świata pacjenta, zawartych w nim ukrytych założeń i dyspozycji (np. rywalizacja lub perfekcjonizm).

Shelley Taylor rozpoznała u pacjentów obecność dwóch rodzajów strategii zaradczych, z których pierwszy służy zwiększeniu poczucia kontroli nad ciałem i życiem. To działania o charakterze kontroli poznaw-

czej (pozytywne myślenie, sterowane wyobrażenia, medytacja, hipnoza, podkreślanie różnic w sytuacji poprzedzającej zachorowanie i obecnej pozbawionej patogennych czynników), jak również behawioralnej (zdobywanie informacji o chorobie, kontrola działań niepożądanych leczenia, stosowanie diety). Drugim rodzajem są strategie powodujące zmiany w sposobie rozumienia choroby. Poznanie przyczyn zachorowania oraz przemyślenie postaw, priorytetów życiowych i restrukturyzacja życia w taki sposób, aby uczynić je nadal satysfakcjonującym mimo zmian wywołanych chorobą [6].

Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczeń choroby.

Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczeń (MFC, *meaning-making focused coping*) to czwarta funkcja procesów radzenia sobie człowieka ze stresem, odmienna wobec działań skoncentrowanych na problemie, emocjach i unikaniu stresora. Pacjent opracowuje informacje pochodzące zarówno z bieżącej sytuacji, jak i zawarte w wiedzy: posiadanych przekonaniach życiowych, wyznawanych wartościach, celach i priorytetach życiowych. Wiedza o sobie i życiu wpływa na to, czy sytuacja zostanie uznana za stresogenną, jednak jej codzienna obecność umyka uwadze człowieka [7]. Tymczasem przekonanie pacjenta na temat możliwości kontroli zdarzeń życiowych i własnego ciała może minimalizować negatywny wynik oceny choroby. Wiara w posiadanie wprawy i biegłości (mastery) u osób starszych mediowała pomiędzy trudnościami materialnymi a stanem zdrowia psychicznego i fizycznego. W grupie osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów poczucie biegłości było predyktorem niższego poziomu lęku, stresu, zmęczenia, a także ciśnienia krwi [8, 9]. Wiara w sprawiedliwy świat to przekonanie pacjenta, że jego rzetelny wysiłek prozdrowotny oraz nałożone na siebie zobowiązania spotkają się z nagrodą w postaci wyzdrowienia (tzw. „układanie się” z Bogiem lub losem). Założenie o życzliwości drugiego człowieka ułatwia zwracanie się o pomoc, a przekonanie o byciu „w czepku urodzonym” może podtrzymywać emocje pozytywne.

Strategia tworzenia znaczeń choroby pełni wiele funkcji adaptacyjnych. Przede wszystkim umożliwia usunięcie rozbieżności pomiędzy bieżącymi informacjami a dotychczasową wiedzą pacjenta. Zastanowienie wywołane obecnością dysonansu pozwala pacjentowi ujawnić ukryte przekonania i oceny [4]. Strategia służy również wzbudzaniu pozytywnych emocji. Emocje, odzwierciedlając sytuację, umożliwiają zmianę początkowej jej oceny drogą uwypuklenia elementów pozytywnych oraz odciągając uwagę wyłącznie od działającego stresora. Ich obecność

działa regulacyjnie na pacjenta, pozwala odbudować zasoby, daje wytchnienie i podtrzymuje motywację potrzebną do stosowania instrumentalnych sposobów radzenia sobie przez długi czas. Człowiek będący w skrajnie trudnej sytuacji życiowej jest w stanie doświadczać zarówno emocji negatywnych (strach, smutek, złość i rozdrażnienie), jak i pozytywnych (nadzieja, zaniepokojenie, radość, dumy) [10–12]. Stąd wypływa wniosek, że radzenie sobie pacjenta w trakcie leczenia powinno pełnić dwie oddzielne funkcje: regulacji napięcia i emocji negatywnych oraz tworzenia znaczeń celem wzbudzenia i podtrzymania emocji pozytywnych. Jak zauważa Susan Folkman: „pozytywne emocje mogą służyć jako „wzmocniacz” pomagający motywować człowieka w przebiegu radzenia sobie, „oddech”, który dostarcza chwilowego wytchnienia i „odbudowywać” uzupełniający zasoby radzenia sobie” [4].

Pacjent, podejmując działania służące zmianom w rozumieniu choroby, ma możliwość rewizji wiedzy o sobie i życiu. To kolejna funkcja omawianej strategii. Usunięcie dysonansu będącego źródłem stresu wymusza zmiany w posiadanych przekonaniach, w efekcie czego pojawić się mogą nowe, lepiej oddające prawdę o życiu, a także zmiany hierarchii wartości, priorytetów życiowych, pozytywne zmiany w obrazie własnej osoby i relacjach z innymi ludźmi.

Zdaniem Susan Folkman radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczeń przyjmuje postać:

- pozytywnego przeformułowania — zinterpretowania choroby z użyciem uznanych wartości i przekonań;
- rewizji celów życiowych i planowania nowych celów;
- uaktywnienia przekonań religijnych oraz praktyki, dzięki którym człowiek odnajduje zrozumienie w obszarze duchowym [13].

Strategie służące zmianie oceny choroby

Zgodnie z transakcyjną teorią stresu proces oceny zapoczątkowuje transakcję stresową w chwili, gdy jego wynik przyjmuje postać straty, zagrożenia lub wyzwania. Strategia tworzenia znaczeń polega na powtórnej, wielokrotnej ocenie sytuacji. W odróżnieniu od oceny pierwotnej, która jest ukryta i trwa ułamki sekund, powtórna ocena jest procesem podatnym na refleksję i rozłożonym w czasie [14, 5]. Wyróżnia się tutaj dwie grupy strategii. Strategie pierwszej grupy służą wyjaśnieniu przyczyn choroby, jej obecności w życiu pacjenta i odpowiedzialności za zachorowanie.

Wyjaśnienie przyczyny to połączenie informacji dotyczących przeszłych zdarzeń i okoliczności życia pacjenta (ogólny stres, bliskość fabryk, przyjmowanie medykamentów, nieodpowiednia dieta, czynniki dzie-

dziczne) z faktem zachorowania [6]. Motywem jest potrzeba zrozumienia — powiązania faktów w sensowną sieć oraz założenie, że każdy skutek ma swoją przyczynę. Nie jest to potrzeba jednakowo ważna dla każdego człowieka. Wyniki badań przeprowadzonych przez zespół Wortman w grupie osób owdowiałych ujawniły, że większość, choć nie wszyscy badani spontanicznie poszukiwali wytłumaczenia śmierci bliskiego, natomiast Yalom i Liberman wykazali, że 30% zbadanych wdów i wdowców ujawniło całkowity brak zainteresowania pytaniami egzystencjalnymi po śmierci bliskiego [15, 16]. Z drugiej strony są osoby, których próby zrozumienia przyczyn choroby są niekończącym się niepowodzeniem. Dla nich, zdaniem Wortman, pomocne jest zastosowanie jednej z wielu technik zwiększających rozumienie [15, 17].

Kolejnym sposobem radzenia sobie jest próba zrozumienia przyczyny wystąpienia choroby we własnym życiu, w odróżnieniu od życia innych ludzi. Przyczyny mogą tkwić w cechach charakteru lub zachowaniu [18]. Wyjaśnianie choroby cechami osobowymi nie jest korzystne. Jednak koncentracja wyłącznie na własnym zachowaniu — płynąca z przekonania, że człowiek jest w stanie uprzedzić pojawienie się wszelkich złych zdarzeń — jest również niekorzystna, wywołuje rozczarowanie i złość. W trakcie poszukiwania odpowiedzi na pytanie: „Dlaczego ja?” pacjent może porównywać się z osobami zdrowymi. Jest to strategia nieadaptacyjna, gdyż czyni z niego ofiarę działania sił znajdujących się poza kontrolą, rodzi poczucie niesprawiedliwości i bezradność [2].

Trzecią strategią jest stawianie pytania: „Czym sobie zasłużyłem?” Kto lub co ponosi odpowiedzialność za zachorowanie oraz jaki jest zakres odpowiedzialności. Jeśli pacjent posiada silną wiarę w sprawiedliwość, skupia się na moralnej ocenie przyczyn choroby, czy coś powinno czy też nie powinno wystąpić, czy przyczynę można obarczyć odpowiedzialnością za skutek. Pacjent kierujący się zasadami moralnymi i etycznymi poczuje niesprawiedliwość i złość.

Każda z wymienionych strategii radzenia sobie pomaga przywrócić poczucie kontroli, usunąć dysonans rodzący stres, zredukować obszar niewyjaśniony, ale może również rodzić emocje negatywne i prowadzić do negatywnej adaptacji do choroby. Zwłaszcza wówczas, gdy prowadzi do powstania skrajnych i sztywnych sądów.

Do drugiej grupy strategii należą działania służące osłabieniu siły stresora. Są to: kompensacyjne podnoszenie obrazu siebie, porównywanie w dół oraz przyjmowanie alternatywnej perspektywy w oglądzie sytuacji.

Pierwsza z wymienionych strategii polega na przenoszeniu przez pacjenta uwagi z cech osobowych, ocenionych jako stracone lub zagrożone utratą na

cechy niezagrożone, a nawet wzrastające (np. sprawność fizyczna jest zastępowana przez sprawność intelektualną lub siłę psychiczną). Porównując w dół, pacjent próbuje zobaczyć siebie pod pewnym względem bogatszym od współpacjentów. Przedmiotem porównań może być stopień zaawansowania choroby wyrażający się stanem fizycznym i czasem trwania leczenia, cechy osobowe: zdolność radzenia sobie ze stresem oraz ogólny poziom psychologicznego przystosowania, a także sytuacja życiowa. Porównywanie zachodzić może również w wyobraźni. Pacjent myśli o osobie, która znajdując się w sytuacji gorszej niż jego radzi sobie lepiej, wyobraża gorsze scenariusze choroby, które go ominęły lub tworzy hipotetyczne standardy normatywne, dzięki którym czuje się wyróżniony [3, 19].

Strategia przyjmowania alternatywnej perspektywy polega na ujmowaniu choroby w dłuższej perspektywie czasowej i wyobrażeniu sobie zacierających się wspomnień bieżącej sytuacji widzianej z dystansu kilku lat (umieszczenie choroby w tzw. dużym obrazie życia). Perspektywę patrzenia na chorobę można poszerzyć, dostrzegając i zapamiętując sytuacje lub zdarzenia pozornie zwykłe, typowe, jednak podtrzymujące posiadane przekonania, wartości i cele. To także planowanie wspomnianych sytuacji, celowe nadawanie trywialnym faktom pozytywnego znaczenia i koncentrowanie uwagi na własnych zachowaniach lub zdarzeniach, które wpawiły człowieka w dobry nastrój [20].

Zdaniem Crystal Park i Susan Folkman, omawiane strategie pozwalają na „doświadczenie drobnych przyjemności, bardziej przychylne rozumienie niejednoznacznych sytuacji i przeżywanie drobnych zwycięstw” [2].

Odminną grupą strategii tworzenia znaczeń są czynności umysłowe polegające na rekonstruowaniu obrazu sytuacji, w jakiej pacjent się znajduje. To uzupełnianie dotychczasowego odwzorowania choroby o elementy wcześniej niedostrzeżone i zbagatelizowane. Trzeba jednak odróżnić świadome zachowania adaptacyjne od działania mechanizmów obronnych osobowości. Zdaniem Shelley Taylor „proces selektywnej oceny minimalizuje poczucie skrzywdzenia drogą koncentrowania się na (...) korzystnych cechach sytuacji” [21]. Przykład obrazuje pozytywne działanie iluzyjnego sposobu widzenia niekkształcającego lub negującego rzeczywistość.

Rekonstrukcja obrazu sytuacji to osadzone w rzeczywistości użycie wielu strategii umysłowych. Pierwszą z nich jest pozytywne przewartościowanie sytuacji, zinterpretowanie jej w możliwie korzystny sposób, dostrzeżenie pocieszającej strony. Pozytywna interpretacja zmienia obraz sytuacji i nie jest to wyłącznie tak zwane „pozytywne myślenie”. Kobiety leczone

z powodu bezpłodności wykonywały ćwiczenie polegające na powtarzaniu w ciągu dnia stwierdzeń pochodzących z 10 elementowej listy. Jedna grupa powtarzała stwierdzenia skłaniające do pozytywnego przewartościowania, druga grupa stwierdzenia o charakterze pozytywnych afirmacji. Stwierdzenia z pierwszej grupy przykładowo brzmiały: „W trakcie leczenia chcę spróbować zrobić coś sensownego” lub „koncentrować się na tym, co jest najważniejsze w życiu”. Kobiety z drugiej grupy powtarzały zwroty typu: „Podczas leczenia czuję, że jestem wielką osobą” lub „czuję się szczęśliwa”. Kobiety z pierwszej grupy donosiły o niższym nasileniu negatywnych emocji oraz znaczącym wzroście emocji pozytywnych, a powtarzane zwroty traktowały jako opiekuńcze i podtrzymujące. Powtarzane w drugiej grupie kobiet zwroty typu: „czuję się szczęśliwa” nie zwiększały nasilenia pozytywnych emocji [22].

Kolejną strategią jest koncentrowanie uwagi przez pacjenta na korzystnych aspektach niekorzystnej sytuacji oraz korzystnych własnych reakcjach i zachowaniach (*benefit finding*). Pacjent dostrzega oznaki szczególnej życzliwości innych ludzi, otwartości w wyrażaniu uczuć przez innych i siebie, przejawy większej wytrzymałości, większe docenienie wartości życia [23]. Człowiek jest zdolny do zmian w sposobach spostrzegania sytuacji trudnych w sposób, który pozwala mu czuć się lepiej bez jej zniekształcania lub zaprzeczania. Osoby chore potrafiące dostrzegać korzystne zachowania pojawiające się w przebiegu leczenia ujawniają mniej objawów depresyjnych i większe zadowolenie z życia [24]. Wiara w przejawy swojej wytrzymałości zwiększa poczucie zaufania do siebie, jeden z zasobów człowieka zaangażowanych w przebieg procesów oceny sytuacji i radzenia sobie. Korzystną zmianą może być tłumienie przez pacjenta strachu i napięcia lub odreagowywanie emocji poprzez rozmowę z drugim człowiekiem — zachowania wcześniej nieobecne.

Zwiększanie wagi i wartości zachowań własnych oraz drugiego człowieka, które de facto nie zmieniają zasadniczego stresora jest kolejnym przykładem strategii rekonstrukcji sytuacji. Skupianie się na źródle, z którego wypływa zachowanie opiekuńcze nad osobą terminalnie chorą, odciąga uwagę opiekuna od faktu, że choroba jest nieuleczalna [25]. Tak zrekonstruowana sytuacja podtrzymuje zachowanie, gdyż pozwala zobaczyć je, jako warte zachodu. Temu służy również dostrzeganie przez pacjenta celów innych niż związane z leczeniem, mimo to ważnych, a przede wszystkim możliwych do osiągnięcia.

Strategią pokrewną wobec opisanych wyżej jest przypominanie sobie korzyści (*benefit reminding*). To przypominanie pozytywnych wydarzeń zapamiętanych każdego dnia w trakcie leczenia. Badania

przeprowadzone w grupie 83 kobiet cierpiących ból towarzyszący fibromialgii pokazały, że 66 spośród nich potrafiło przypomnieć sobie korzystne zdarzenia mające miejsce w trakcie 24 z pośród 30 dni objętych badaniem. Dni zawierające korzystne wydarzenia zapamiętane zostały jako wypełnione pozytywnym nastrojem (wigor, poczucie przyjemnego pobudzenia). Pacjenci leczący się z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów dni, w których dostrzegali wzrost siły psychicznej, zapamiętali jako spędzone w sposób aktywny, nieograniczony doświadczanym bólem [24].

Wszystkie opisane strategie pojawiają się w zachowaniu pacjenta zaraz po rozpoznaniu choroby i rozpoczęciu leczenia. Jeśli zmiany dokonywane za ich pomocą nie są skuteczne, pacjent sięga do informacji zawartych w obszarze wiedzy o sobie i życiu. Traktuje o tym artykuł pt: „Radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na tworzeniu znaczeń. Część II — strategie adaptacji przekonań i celów życiowych”.

Piśmiennictwo

1. Załuski M. Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia i adaptacja pacjenta do choroby przewlekłej — doniesienie z badań. *Probl Pielęg.* 2014; 22: 209–215.
2. Park C., Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev. Gen. Psychol.* 1997; 1: 115–144.
3. Park C. Meaning, Coping, and Health and Well-Being. W: Folkman S. (red.). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping.* Oxford University Press. New York 2011: 227–241.
4. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping.* 2008; 21: 3–14.
5. Park C. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol. Bull.* 2010; 136: 257–301.
6. Taylor S. Adjustment to Threatening Event. A Theory of Cognitive Adaptation. *Am Psychol.* 1983; 38: 1161–1173.
7. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki.* Tom 3. GWP, Gdańsk 2005: 465–492.
8. Pudrovska T., Schieman S., Pearlin L., Nguyen K. The sense of mastery as mediator and moderator in the association between economic hardship and health in late life. *J. Aging Health.* 2005; 17: 634–660.
9. Younger J., Finan P., Zautra A., Davis M., Reich J. Personal mastery predicts pain, stress, fatigue, and blood pressure in adults with rheumatoid arthritis. *Psych. Health.* 2008; 23: 515–535.
10. Heszen I. Pozytywne emocje w negatywnych sytuacjach: skąd się biorą i jak zmieniają radzenie sobie. W: Heszen I., Życińska J. (red.). *Psychologia zdrowia.* Academica, Warszawa 2008: 139–148.
11. Folkman S., Moskowitz J., Ozer E., Park C. Positive meaningful events and coping in the context of HIV/AIDS. W: Gottlieb B. (red.). *Coping with chronic stress.* Plenum Press, New York 1007: 293–314.
12. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
13. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc. Sci. Med.* 2007; 45: 1207–1221.
14. Smith J.M., Lazarus R.S. Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cogn. Emot.* 1993; 7: 233–269.
15. Davis C, Wortman C, Lehman, Silver R. Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Stud.* 2000; 24: 297–540.
16. Yalom I., Lieberman M. Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry.* 1991; 54: 334–345.
17. LeMay K., Wilson K. Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clin. Psy. Rev.* 2008; 28: 427–493.
18. Janoff-Bulman R. Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1979; 37: 1798–1809.
19. Taylor S., Lobel, M. Social comparison-activities under threat: Downward evaluations and upward contacts. *Psychol. Rev.* 1989; 96: 569–575.
20. Folkman S., Moskowitz J. Positive Affect and the Other Side of Coping. *Am. Psychol.* 2000; 55: 647–654.
21. Taylor S., Wood J., Lichtman R. It could be worse: Selective evaluation as a response to victimization. *J. Soc. Issues.* 1983; 39: 19–40.
22. Lancaster D., Boivin J. A feasibility study of a brief coping intervention (PRCI) for the waiting period before a pregnancy test during fertility treatment. *Hum. Reprod.* 2008; 23: 2299–2307.
23. Pakenham K. Benefit-Finding and Sens-Making in Chronic Illness. W: Folkman S., (red.). *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping.* New York 2011: 242–266.
24. Tennen H., Affleck G. Benefit-Finding and Benefit-Reminding. W: Snyder C., Lopez S. (red.). *Handbook of positive psychology.* Oxford University Press, New York 2002: 584–597.
25. Folkman S., Chesney M., Christopher-Richards A. Stress and coping in caregiving partners of men with AIDS. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1994; 17: 35–53.